CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

THYROÏDITE TYPHIQUE

SA NATURE EBERTHIENNE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

THYROÏDITE TYPHIQUE

SA NATURE EBERTHIENNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1907

PAR

Mlle Anna KVITNITZKY

Née à Bogodouhovka (Russie), le 4 février 1866

Pour obtenir le grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

N° 5/10

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS LIBRARY

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 14

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ..... DOYEN.
SARDA ..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologique	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS H.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, DE ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale	N...
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.
RAYMOND (✻).
VIRES.
VEDEL.

MM. JEANBRAU.
POUJOL.
SOUBEIRAN.
GUERIN.

MM. GAGNIÈRE.
GRYNFELTT Ed.
LAPEYRE.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la thèse :

MM. GRASSET, *président.*
RAUZIER, *professeur-adjoint.*

MM. GALAVIELLE, *agrégé.*
GAGNIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur : qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRASSET

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A. KRITNITZKY.

INTRODUCTION

Parmi les complications de la fièvre typhoïde, l'une assurément des plus rares est l'inflammation du corps thyroïde. A l'encontre des complications si fréquentes portant sur le tube digestif ou ses annexes, celles qui portent sur les glandes telles que testicule, glande mammaire, ovaire ou corps thyroïde, sont beaucoup moins nombreuses. Innombrables sont les cas d'hémorragie ou de perforation intestinale, tandis qu'on compte encore les observations d'orchites, mammites, ovarites, thyroïdites typhiques ; le nombre des thyroïdites typhiques s'élève tout au plus à une centaine.

Les auteurs classiques signalent à peine cette complication et lui consacrent seulement quelques lignes dans les traités de médecine. Cette affection a été toutefois l'objet de pas mal de travaux particuliers relatant chacun une ou plusieurs observations originales. Aussi nous a-t-il paru intéressant, à l'occasion d'une observation nouvelle et très détaillée qui nous a été obligeamment communiquée par M. H. Roger, interne-lauréat des hôpitaux, de parcourir ces travaux et de fixer notre attention sur quelques points intéressants concernant la thyroïdite typhique.

Notre intention est donc dans ce travail :

1° De donner une vue d'ensemble, un peu rapide, sur la thyroïdite typhique, d'après les diverses observations que nous avons lues (Chapitre I de notre travail) ;

2° De réunir et de résumer toutes les observations dans lesquelles il a été fait un examen bactériologique, observations éparses de-ci de-là dans des thèses ou des revues et qu'il était important de rassembler pour pouvoir mieux les étudier ensuite (Chapitre II) ;

3° Grâce à ces observations, d'essayer d'élucider le problème de la pathogénie de ces thyroïdites typhiques (Chapitre III).

Mais avant d'entrer dans le corps de notre sujet nous désirons remercier encore une fois à l'occasion de la fin de nos études tous les Maîtres de cette Ecole qui nous ont instruite dans l'art de la médecine.

Nous remercions bien aussi M. Roger, interne des hôpitaux, de nous avoir donné l'idée de ce travail et de nous avoir guidée dans cette étude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

THYROÏDITE TYPHIQUE

SA NATURE EBERTHIENNE

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE GÉNÉRALE SUR LA THYROÏDITE TYPHIQUE

HISTORIQUE

Les thyroïdites aiguës ont été étudiées depuis peu, les auteurs anciens n'ayant pas trop l'attention attirée sur cette glande : Marc-Aurèle Séverin signale au XVIIIe siècle une suppuration thyroïdienne chez un tuberculeux ; et Mauchard, Petit, Monteggia, Franck, Convudi auraient, d'après Jeanselme, observé à peu près à la même époque des abcès de la glande thyroïde). Ce n'est que vers 1850, avec Lebert et Bauchet, que ces suppurations sont systématiquement étudiées : depuis, elles ont fait l'objet de travaux dont les plus importants sont ceux

de Kocher (1877), Tavel (1892), Bolter (1905) et d'autres auteurs suisses ou allemands.

Du travail de Lebert : « Maladies de la glande thyroïde » (1862) date aussi l'histoire des thyroïdes typhiques ; il en signale à lui seul 6 cas. C'est en Allemagne ou en Suisse que cette affection est surtout étudiée : le corps thyroïde sain est rarement atteint par l'infection typhique ; c'est presque toujours le corps thyroïde hypertrophié et malade, et ce sont les pays à goître où cette complication est surtout observée. Aussi voyons-nous les premiers cas publiés par Hoffmann et Liebermeister (18 cas de thyroïdite observés en Suisse) ; Griesinger (1868) (1 cas à terminaison mortelle) : Betke (11 cas observés à Bâle, sur 1420 typhoïsants pendant les années 1865-1868), Kocher (2 cas sur 9 observations de strumite dues à une infection générale). Depuis, pour ne citer que les principaux noms, d'autres cas ou études d'ensemble ont été publiés dans ces pays par Dopfer, Bolter, Tavel et Hirschel.

En France, cette complication est mentionnée pour la première fois, semble-t-il, par Laveran dans son Traité de pathologie, puis par Paulet et Bousquet au chapitre thyroïdite de leur ouvrage, par Hutinel qui lui consacre dans sa thèse d'agrégation un court paragraphe.

Detrieux, dans sa thèse sur la thyroïdite (1879), Boucher en 1881, en publient une observation. Pinchaud consacre sa thèse aux « thyroïdites dans la convalescence de la fièvre typhoïde » qu'il soutient Paris, 1881. Peu de temps après, en 1885, deux nouvelles observations suivies de très judicieuses remarques étaient publiées dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, par M. l'aide-major Forgue qui devait devenir l'un des maîtres de notre Ecole. Depuis, un certain nom-

bre de cas ont été signalés en France par Audebert, Jeanselme, Bar, et plus récemment par Audureau (1902), Chesnais (1902), Coissard (1902), Roque et Bancel (1903) auxquels vient s'ajouter celui qui nous a été communiqué par M. Roger et que nous publions in-extenso dans le cours de ce travail.

En Italie, Colzi, Sestinie, Bacciochi, Bertarelli ; en Angleterre et en Amérique, Starr, Robertson, Godlee, Barlow ; en Russie, Hagmann, Baradouline, se sont aussi particulièrement occupés de cette question.

ÉTIOLOGIE

Deux causes presque indispensables président à l'étiologie de la thyroïdite typhique :

1° La fièvre typhoïde ;

2° L'existence d'un goître.

1° La fièvre typhoïde. — Dans presque toutes les observations, le sujet, chez qui se développe la thyroïdite typhique, a été atteint, pendant plus ou moins longtemps avant son apparition, d'infection générale, réalisant le type de la dothiénentérie classique.

Il existerait cependant deux cas dans la science où le bacille d'Eberth a été trouvé dans le corps thyroïde, sans qu'il ait provoqué auparavant d'infection générale typhique. Dans ces deux cas, la thyroïdite aurait été la seule manifestation extérieure de la maladie ; il s'agirait d'une localisation sur le corps thyroïde, d'une infection eberthienne atypique ; c'est le cas de Niclot, jeune soldat goîtreux, dont le goître se tuméfie, suppure, et dont l'abcès incisé contient du bacille d'Eberth typique.

C'est encore le cas de Kümmer et Tavel : Jeune fille atteinte de goître, goître qui s'enflamme, est partiellement enlevé ; on trouve du bacille d'Eberth dans un kyste suppuré.

Cependant, malgré l'aspect spontané de ces deux cas d'inflammations du goître, on peut, en fouillant les commémoratifs, retrouver, avant la thyroïdite, sinon une dothiénentérie classique, du moins quelques légers troubles de l'état général, quelques phénomènes intestinaux qui peuvent bien être la manifestation d'une dothiénentérie légère ou fruste.

Le malade de Nicot aurait présenté tout à fait au début un peu d'embarras gastrique, et chez celui de Kümmel et Tavel la douleur et la tuméfaction du cou avaient été accompagnées d'une période de 8 jours de diarrhée avec léger état fébrile. N'avait-on pas affaire dans le premier cas à une de ces fièvres typhoïdes atténuées, presque sans symptômes, à un *typhus levissimus ?* Dans le second, il est très probable que diarrhée et léger état fébrile étaient les seules manifestations d'un *typhus ambulatorius.*

L'infection typhoïde est donc absolument nécessaire pour que s'installe la thyroïdite typhique ; mais à quelle époque et dans quelle forme particulière de la maladie se développe-t-elle de préférence ?

a) L'*époque* est assez fixe : presque toujours à la fin de la défervescence ou au début de la convalescence, dans ses trois ou quatre premiers jours. C'est rarement plus tôt, dès la fin du deuxième septénaire (dans un cas de Jeanselme), ou au contraire beaucoup plus tard, douze jours après la défervescence et coïncidant avec une rechute (Roque et Bancel), à la fin de la convalescence (Dupraz, Bolter).

Un cas intéressant est celui de Laveran où la thyroïdite

typhique a précédé de quelques jours les symptômes de la fièvre typhoïde. Le malade entre à l'hôpital pour goître aigu et la tuméfaction de la thyroïde a rétrocédé complètement lorsque apparaissent céphalée, épistaxis, insomnie et diarrhée ; la dothiénentérie s'installe et suit son cours, et à la convalescence s'effectue une nouvelle poussée avec suppuration du lobe droit de la glande. Faut-il voir avec Forgue dans la première poussée inflammatoire prétyphique une inflammation banale qui a créé, pour la convalescence de la dothiénentérie consécutive, une opportunité morbide, un appel à la localisation typhique, ou bien s'agissait-il, dès la première attaque, d'une localisation eberthienne atypique précédant l'infection générale.

b) La forme clinique de la fièvre typhoïde influe peu sur l'apparition de la complication thyroïdienne : il s'agit de forme légère dans un cas de Bolter ; très probablement de *typhus levissimus* dans celui déjà cité de Kümmer et Tavel, d'un léger embarras gastrique fébrile dans celui de Niclot, de formes graves dans les cas d'Andureau, Krause et Hartog, Spirig, de formes compliquées (Star, Hirschel, Spirig), le plus souvent de formes tout à fait classiques.

2° Le goître. — De toutes les conditions qui favorisent l'éclosion de la thyroïdite, la plus efficace est certainement l'existence antérieure d'un goître ; cette hypertrophie et cette dégénérescence spéciales de la glande se transforment en un *locus minoris resistentiæ* qui est un véritable point d'appel pour une infection intercurrente. On retrouve cette préexistence du goître dans à peu près toutes les observations ; et c'est aussi pourquoi les inflammations du corps thyroïde sont plus fréquentes dans les pays de montagne, dans les pays à goître, particulière-

ment en Suisse. Tantôt il s'agit d'un goître très volumineux gênant le malade (Star), tantôt d'un petit goître du volume d'une pêche (Jeanselme), d'un tout petit œuf (Forgue). Dans d'autres cas, les auteurs ne prononcent pas le mot de goître, mais remarquent que le cou était épais (Bolter), que le cou était gros (Audibert). D'autres, probablement par défaut de renseignement sur l'état antérieur, ne signalent pas l'hypertrophie du corps thyroïde ; mais il est très probable qu'elle existait et qu'elle leur a seulement passé inaperçue, car elle a été trouvée dans tous les cas où elle a été systématiquement cherchée. La thyroïdite proprement dite, c'est-à-dire l'inflammation de la glande saine, est d'une infinie rareté; son existence même est contestée par un grand nombre d'auteurs des plus compétents : il s'agit presque toujours d'inflammation du goître, de « *strumite* », suivant l'expression des auteurs allemands.

Parfois ce goître avait même été avant la fièvre typhoïde l'objet de poussées inflammatoires antérieures et banales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

a) Au point de vue expérimental, Roger et Garnier, Torri, sont parvenus avec le bacille d'Eberth à déterminer des lésions de la glande thyroïde.

Roger et Garnier ont injecté dans ce but du bacille d'Eberth dans les carotides du lapin et ont obtenu des lésions variant suivant la dose de bacilles injectés.

1° De *fortes doses* déterminent une congestion intense allant jusqu'à l'hémorragie (hémorragie à l'intérieur et à l'extérieur des vésicules colloïdes), une altération et une désorganisation des cellules épithéliales et la formation par les leucocytes de nodules infectieux : les fortes do-

ses aboutissent en somme au processus de la *thyroïdite hémorragique*.

2° Aux *doses moindres* correspondent l'hyperplasie du tissu conjonctif remplaçant les éléments différenciés, les lésions d'artérite et de périartérite, la transformation fibreuse de la glande : en un mot la *thyroïdite scléreuse*.

b) *Au point de vue clinique* on peut distinguer deux formes anatomiques :

1° La *thyroïdite suppurée* ;

2° La *thyroïdite non suppurée*, auxquelles il faut peut-être ajouter avec Coissard une troisième forme, la thyroïdite à type parenchymateux se traduisant simplement par des troubles dans la sécrétion glandulaire, type opposé aux deux autres thyroïdites, qui s'attaquent moins à l'élément noble et davantage au tissu conjonctivo-vasculaire.

SYMPTÔMES

Les symptômes de la thyroïdite typhique peuvent se diviser en deux groupes :

1° Symptômes locaux ;

2° Symptômes généraux.

1° Symptômes locaux. — Ces symptômes ne sont autres que ceux de l'inflammation : douleur, rougeur, chaleur et augmentation de volume.

La *douleur*, spontanée et exagérée par la pression, est souvent assez vive : mais, lorsqu'il s'agit d'une dothiénentérie grave encore en voie d'évolution, le malade plongé dans le tuphos, et, analysant mal ses sensations, n'attire pas notre attention sur elle. On constate surtout la douleur dans le cas où la thyroïdite survient à la convalescence : elle immobilise le cou, rend tout mouvement

douloureux et pénible. Localisée au niveau du point enflammé du lobe malade, elle s'irradie souvent à tout l'organe et plus rarement à plus grande distance jusque dans le bras dont elle gêne les mouvements ou dans l'oreille droite (Kümmer et Tavel). Elle est fréquemment exagérée par les mouvements d'extension du cou et parfois ne se révèle qu'à la préssion ou lors des mouvements de déglutition.

L'*augmentation de volume* est à peu près constante : lorsque la douleur manque, c'est par elle seule que l'attention est attirée du côté du corps thyroïde. Cette tuméfaction ne porte presque jamais sur toute la glande, mais sur une moitié seulement, un lobe, une plus petite partie encore. Elle peut acquérir des dimensions considérables ; on l'a vue présenter le volume d'une tête fœtale (Baradouline). C'est le lobe droit qui est le plus souvent atteint.

On observe souvent à la surface du corps thyroïde une certaine rougeur précédant ou accompagnant la tuméfaction, en même temps qu'un développement plus ou moins prononcé des veines sous-cutanées de la région.

Les auteurs signalent un œdème parfois considérable qui, tout en amenant une saillie de la région sous-thyroïdienne, gêne la palpation de l'organe malade.

La glande diminue généralement de consistance à mesure qu'elle s'enflamme ; et un tissu un peu plus mou prend la place du tissu scléreux et dur du goître. Cette consistance est d'ailleurs très variable. La palpation qui y est très douloureuse permet de trouver, dans certains cas, des points opposant au doigt une moindre résistance; puis, plus tard, en ces points une fluctuation apparente.

2° Symptômes généraux. — La fièvre est le principal de ces symptômes.

Précédant parfois tout tableau local, elle est au cours de la convalescence le signe précurseur qui fait songer à une complication sans indiquer la nouvelle localisation de l'infection typhique, localisation que préciseront le lendemain les phénomènes douloureux et la tuméfaction de la région cervicale.

Cette fièvre peut être des plus violentes, s'élevant jusqu'à 40°6 (Forgue), s'accompagnant de frissons assez intenses. Dans d'autres cas, elle fait défaut presque complètement ; dans l'observation de M. Roger, malgré la présence de pus dans la glande, la température n'a guère été troublée pendant toute la durée de l'affection, à peine s'est-elle élevée deux ou trois jours à 37°5 et à 38°.

Elle n'évolue pas suivant un type déterminé ; elle persiste en général pendant toute la durée de l'inflammation, augmente quand la suppuration s'installe et rétrocède souvent brusquement lorsqu'on incise l'abcès et qu'on donne issue au pus contenu dans l'intérieur de la glande. Elle marche parfois par petits accès, correspondant à de petites poussées inflammatoires locales (Forgue), ou présente un type oscillant (Chesnais).

Lorsqu'elle est élevée, elle s'accompagne des troubles de l'état général qui font habituellement cortège aux températures de 39°, 40° (céphalée, insomnie, abattement, etc., etc.).

Si cette exacerbation de la température et des symptômes généraux est facile à apprécier chez le sujet en état d'apyrexie depuis quelques jours, elle est plus rarement observée et plus difficile à interpréter, quand la thyroïdite survient au cours de la défervescence ou en pleine période d'évolution de la maladie. Au cours de la défervescence,

toutefois, quand la thyroïdite s'installe, on voit généralement remonter la température qui tendait à descendre.

Evolution. — La thyroïdite typhique peut évoluer de deux façons : vers la résolution pure et simple, vers la suppuration.

Dans le premier cas, au bout d'un certain temps, la douleur cesse : la tuméfaction rétrocède, les phénomènes généraux disparaissent et la température revient à la normale. Ces cas ne sont pas très fréquents ; le plus souvent la suppuration s'installe : on le comprend sans peine, si l'on songe à l'état de débilitation générale de l'organisme miné par la dothiénentérie et aux défenses minimes qu'il peut opposer à cette infection.

On a vu toutefois la thyroïdite évoluer vers la résolution dans un cas où on avait constaté de la fluctuation en un point (Hublé).

Quand la suppuration s'installe elle s'annonce par une recrudescence de la fièvre, des frissons ; en même temps la rougeur diffuse que nous avons signalée se localise. Le pus une fois collecté tend à s'évacuer à l'extérieur, si toutefois on ne songe pas à lui ouvrir un passage ; mais lorsqu'il est profondément situé ou séparé de l'extérieur par une coque de tissu goîtreux très dense, il fuse dans le tissu voisin et peut s'évacuer par la trachée, complication sur la gravité de laquelle il n'est pas besoin d'insister, mais qui n'est cependant pas toujours mortelle (Laveran).

La quantité de pus est généralement considérable : d'environ un demi-verre, elle peut aller, au dire d'Audureau, jusqu'à un demi-litre. Dans quelques cas, lorsqu'on intervient assez tôt après sa formation, on n'en retire que quelques gouttes ou quelques centimètres cubes.

C'est un pus épais, crémeux, de coloration variable, verdâtre quand il est pur, assez souvent chocolat ou brun-rouge quand il est mêlé de sang ; sans odeur particulière, dans certains cas, il est dans d'autres des plus fétides, ayant un peu cette odeur fécaloïde des suppurations coli-bacillaires.

A côté de ces deux formes suppurées et non suppurées de la thyroïdite typhique, il y aurait encore, au dire de Barlow, une forme hémorragique analogue, d'après lui, à la pancréatite hémorragique et un peu semblable à celle obtenue expérimentalement par Roger et Garnier chez le lapin.

Complications. — Les complications proviennent surtout de l'augmentation de volume du goître, comprimant de ce fait les organes avoisinants. Ces complications ne se rencontrent guère que lorsque la strumite porte sur un goître déjà gros ou lorsque la tuméfaction est très volumineuse.

La dyspnée s'installe parfois très considérable : elle peut apparaître subitement et tuer du premier coup le malade ; d'autres fois, à côté des rémissions, elle a des exacerbations redoutables dues à une disposition spéciale de la tumeur ou à une inflammation de la trachée et des bronches. Dans les cas de goître descendant en arrière du sternum, la compression est encore plus grande et la trachée peut être complètement obstruée.

C'est alors que surviennent par compression de la trachée ces accès de suffocation signalés par Liebermeister, ce cornage et ce tirage, ce facies asphyxique de l'enfant arrivé à la dernière période du croup (Audureau), ces menaces d'asphyxie nécessitant la trachéotomie, menaces si prolongées que la canule ne peut être retirée qu'au bout

de deux mois (Luening). C'est cette même compression qui déforme la trachée en arc-de-cercle (Baradouline), en lame de sabre (Kümmer et Tavel).

La gêne de la déglutition, la difficulté de la phonation s'observent à un degré plus ou moins marqué. Enfin, et d'une façon tout à fait exceptionnelle, on peut constater par suite de la compression du paquet vasculo-nerveux du cou de l'œdème de la face et quelques troubles d'œdème cérébral.

Une autre complication, peut-être plus importante encore, et qui pourrait avoir de très graves conséquences, est liée non plus aux phénomènes de progression, mais à l'évolution de la suppuration et à son évacuation dans la trachée ; toutefois, dans le cas de Laveran, l'issue fut loin d'être fatale : le malade cracha tout d'un coup du pus mélangé à du sang, se sentit soulagé ; il continua à cracher du pus pendant quelque temps et sortit de l'hôpital ne crachant plus et en bonne santé.

Le pus peut aussi envahir les tissus avoisinants ; la péristrumite s'ajoute à la strumite augmentant l'empâtement de la région, et l'infection générale.

PRONOSTIC

La guérison est la règle : plus rapide dans les cas de thyroïdite non suppurée, elle ne tarde guère dans la thyroïdite suppurée, une fois que le pus est évacué et si la plaie est pansée aseptiquement. Deux ou trois mois sont cependant souvent nécessaires avant la cicatrisation complète.

L'inflammation terminée, ou l'abcès une fois évacué, le goître tend à reprendre l'état qu'il avait avant la poussée inflammatoire ; il peut arriver qu'il garde un volume

un peu plus considérable, mais assez fréquemment on constate au contraire une légère diminution, voire même la disparition presque totale avec persistance seulement et quelques noyaux indurés de faibles dimensions.

La mort peut toutefois emporter le malade, soit du fait des phénomènes asphyxiques, soit par suite du retentissement sur l'état général : intoxication, adynamie, collapsus (1 cas de Griesinger).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la thyroïdite typhique est facile : la douleur, la rougeur locale, la tuméfaction de la région cervicale attirent suffisament l'attention du médecin, surtout si elles coïncident avec une recrudescence de la fièvre.

Toutefois, au dire de Vincent, certaines atteintes légères de la glande thyroïde passent inaperçues, si on ne songe pas à l'examiner pendant le cours de la maladie infectieuse. C'est ainsi qu'en examinant systématiquement ses malades, il a trouvé très souvent la tuméfaction douloureuse des lobes du corps thyroïde, dans la méningite cérébrospinale, la syphilis, la rougeole, les oreillons, l'érysipèle, le rhumatisme, le paludisme, la scarlatine et la fièvre typhoïde : en ce qui concerne la fièvre typhoïde il aurait trouvé ce signe thyroïdien 11 fois sur 17 cas et souvent d'une façon précoce : ce signe semble faire défaut dans les formes bénignes et aussi dans les formes graves.

En dehors de ces cas, où il faut rechercher avec attention la thyroïdite, le diagnostic s'impose le plus souvent : le sujet est porteur d'un goître et ce goître s'enflamme. Il faut toutefois différencier ces inflammations localisées au goître, d'avec celles du tissu environnant, les péristrumites ;

alors manqueront les signes que Tavel donne comme pathognomoniques de la strumite, signes basés sur la mobilité à la déglutition, sur la position des vaisseaux et du sterno-cléido-mastoïdien, la situation de la carotide, le déplacement du larynx et de la trachée. Le diagnostic pourrait être plus difficile si la strumite s'accompagne de péristrumite (car la mobilité de la tumeur fait défaut), si la péristrumite contracte des adhérences avec le goître, sans toutefois que celui-ci soit atteint, ou encore dans ces cas de gonflement diffus œdémateux de tout le cou rendant impossible par la palpation la localisation de la tuméfaction.

Le goître aigu, goître épidémique, décrit par Lebert, et dont l'existence est assez contestée, ne peut être confondu avec la thyroïdite typhique, car ce goître aigu apparaît brusquement sans douleur ni fièvre alors que la thyroïdite typhique a été précédée de toute l'évolution de la dothiénentérie.

Cette préexistence de la fièvre typhoïde élimine le diagnostic de tumeur maligne malgré la marche parfois rapide du cancer de la thyroïde, avec douleur, tuméfaction et bosselures pseudo-fluctuantes ; même, au cas exceptionnel où la fièvre typhoïde évoluerait chez un cancéreux, la thyroïdite typhique a une marche plus aiguë que le cancer et on peut trouver la suppuration dès le quinzième jour.

Un point particulier du diagnostic peut se poser au cours de la thyroïdite typhique : celui de savoir le moment où s'installe la suppuration. La fluctuation en est donnée ici comme ailleurs, comme le meilleur signe, mais il faut se méfier, surtout dans ces régions, des fausses sensations de fluctuation. Quand la fluctuation est limitée et nette, on peut, au lieu d'une petite cavité purulente, avoir affaire à un point kystique du goître primitif, à une bosselure

fluctuante due à la dégénérescence colloïde partielle du goître, à un épanchement sanguin intrathyroïdien. Aussi la ponction aspiratrice décidera souvent seule de l'existence ou de la non-existence de la suppuration.

TRAITEMENT

Ce traitement devra être *général* et *local*.

Il ne faut pas perdre de vue que nous avons à soigner un individu profondément débilité par sa fièvre typhoïde, et présentant un état de dépression qui facilite la suppuration : la médication tonique générale ne devra pas être négligée. Si la fièvre n'est pas intense, si la thyroïdite survient dans la convalescence et ne s'accompagne pas de symptômes intestinaux ou généraux faisant penser à une rechute, on pourra continuer l'alimentation du malade.

Quant au traitement local, il sera variable, suivant que l'inflammation aura abouti ou non à la suppuration.

Dans l'inflammation simple, on appliquera des cataplasmes, on fera des onctions à l'onguent mercuriel belladoné, une pommade résolutive à l'iodure de potassium. Parfois quelques émissions sanguines (sangsues) seront indiquées.

Si, malgré ce traitement, la suppuration s'installe, il faudra évacuer le pus : une ponction simple sera le plus souvent insuffisante ; il n'y a pas de raisons pour déroger ici aux règles de chirurgie générale : il faut ouvrir cet abcès, de crainte que, si le pus vient à stagner, il ne se propage aux régions avoisinantes ; l'incision au thermocautère ou au bistouri doit être faite dès que la ponction exploratrice aura montré l'existence du pus.

Certains auteurs (Kümmer) préconisent pour le traitement radical du goître l'extirpation du lobe hypertrophié qui suppure.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS DE THYROÏDITES TYPHIQUES AVEC EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE

Observation I

Colzi, *Sperimentale*. 1891. XLV, 93-101

Strumite acuta suppurativa post-typho

Homme, 23 ans, ayant depuis trois ans un *goître*, du volume d'une petite orange. A la fin de la période de déclin d'une fièvre typhoïde, surviennent de la douleur au niveau de son goître, de la gêne de la déglutition, un peu de fièvre. L'état général s'aggrave, la température s'élève, le goître est rouge, chaud, fluctuant.

L'*incision* donne issue à du pus, crémeux, nauséabond, mélangé de gaz. Guérison rapide.

Examen bactériologique. — Bacille ne prenant pas le Gram, présentant les caractères du bacille typhique. Pas de réaction d'indol, pas de coagulation du lait.

« On est donc autorisé, dit l'auteur, à considérer dans ce cas le bacille d'Eberth comme l'agent de l'inflammation et de la suppuration du kyste. Les phénomènes généraux (abattement, amaigrissement) sont semblables à ceux que l'on observe dans les suppurations typhiques expérimentales. »

Observation II

Kümmer et Tavel, *Revue de Chirurgie*, juin 1891, p. 507

Femme, 26 ans, présentant depuis l'âge de 19 ans, un *goître*. Inflammation rapide de ce goître deux jours après l'apparition de quelques troubles intestinaux, oppression très intense, cou très tuméfié, surtout à droite, rougeur, chaleur, douleur, consistance molle, larynx dévié.

Ablation du lobe droit du corps thyroïde.

Examen de la paroi (Tavel). — Dans la couche interne de la paroi, groupes de bacilles.

Examen du pus. — Bacilles courts, très mobiles, ne prenant pas le Gram, ne liquéfiant pas la gélatine et tout à fait analogues aux bacilles typhiques du laboratoire.

Observation III

Chantemesse. Traité de médecine Charcot-Bouchard, 1891, t. I, p. 768

« J'ai vu la thyroïdite suppurée renfermer des bacilles typhiques à côté d'autres microbes de la suppuration. »

Observation IV

Spirig. *Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, 1891, p. 47

Femme, 22 ans, suissesse, *goître* antérieur. Thyroïdite au déclin d'une dothiénentérie grave. *Incision* : Grande quantité de pus. Guérison rapide. Disparition du goître.

Examen bactériologique. — Deux sortes de colonies microbiennes :

1° Colonies de *staphylococcus albus* ;

2° Colonies de bacilles très mobiles, ne prenant pas le Gram, ne liquéfiant pas la gélatine, ne présentant pas la réaction de l'indol, prenant sur gélatine et pomme de terre l'aspect Eberth.

Spirig attribue la suppuration au staphylocoque.

Observation V

Tavel, *Ueber Ætiologie der Strumitis* : Obs. V, Basel, 1892, p. 36

Jeune fille, 10 ans. *Strumite* précédée de quelques phénomènes fébriles attribuables à une fièvre typhoïde anormale. Suppuration. Ponction. *Excision* du kyste suppuré.

Examen bactériologique du pus. — Bacilles mobiles, courts, ne prenant pas le Gram, ne donnant pas de gaz dans l'agar. Indol négatif. Sur pomme de terre, aspect Eberth.

Observation VI

Kocher, *Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, 1892, p. 522

Au cours d'une intervention pour un goître rétrosternal, Kocher dit avoir trouvé un abcès enkysté dont le pus contenait un bacille insuffisamment étudié, mais qui était vraisemblablement du bacille typhique.

Observation VII

Dupraz, *Arch. de méd. expérimentale et d'an. path.*, 1892, p. 76-84

Homme, 33 ans. *Goître antérieur*. A la fin de la convalescence d'une dothiénentérie, thyroïdite suppurée. *Incision :* Grande quantité de pus.

Examen bactériologique. — Bacilles mobiles, ne liquéfiant pas la gélatine : pas de coagulation du lait, pas de fermentation du bouillon lactosé. L'inoculation au cobaye détermine un abcès à bacille d'Eberth.

Observation VIII

Jeanselme, *Arch. générales de médecine*, juillet 1893, t. II, p. 20

Homme, 28 ans. *Goître* depuis l'âge de 13 ans. Fièvre typhoïde classique. Vers le 15e jour, inflammation du corps thyroïde aboutissant à la suppuration. Incision.

Examen bactériologique. — Deux microbes.

1° Un bacille allongé, très mobile, ne prenant pas le Gram, donnant sur agar des colonies visqueuses à surface chagrinée, luisante, humide, ne coagulant pas le lait, ne faisant pas fermenter la lactose, ne faisant pas virer la gélose lactosée tournesolée et présentant les autres caractères du bacille d'Eberth. Inoculation au cobaye : suppuration ;

2° Un bacille très court, ovoïde, immobile, prenant le Gram, liquéfiant la gélatine, disposé en grappe, ressemblant, sauf par l'aspect lisse de ses cultures, au staphylocoque, sans action pathogène.

Observation IX

Sestini et Bacciochi, *Racoglitore medico*, 1894, p. 356-443, obs. 1

Femme, âgée de 30 ans, entrée le 31 août 1893 pour fièvre typhoïde datant d'une dizaine de jours.

Goître ayant débuté à 18 ans, présentant alors le volume d'une noix, indolent, traité par des pommades résolutives, mais augmentant progressivement et atteignant à son entrée le volume d'une orange. Ce goître va de la région sous-hyoïdienne jusqu'à la fourchette sternale, s'étendant davantage à droite ; mobile, indolore et de consistance homogène.

La malade était en période de défervescence, lorsque, vers le 28 août, la température s'élève à 38°5, atteint même le 1er septembre 40°4 et lorsque la tumeur augmente de volume (3 centimètres), devient douloureuse et gêne la déglutition. Le 6 septembre, œdème plus marqué, douleur plus vive, sensation de fluctuation. On porte le diagnostic de strumite suppurée.

Ponction exploratrice et puis incision de l'abcès : Issue de pus foncé, mêlé à du tissu nécrosé. Le doigt, explorant la cavité, a la sensation de fragments osseux tapissant la paroi, difficiles à enlever, et dont un, spongieux, peut être enlevé deux jours après. Malgré le bon état de la plaie, la malade meurt le 18 septembre de septicémie.

L'autopsie montre au niveau de l'intestin les lésions classiques de dothiénentérie. Au niveau du cou on constate l'hypertrophie

de tout le corps thyroïde ; l'abcès ouvert siège dans le lobe droit ; il est unique, entouré de tissu épaissi ; sa coque est comme ossifiée par places. Il n'y a pas de lésions dans les os ou les cartilages voisins. Le goître est adhérent au larynx et au tissu environnant : à droite et en dedans de la tumeur, on ouvre un vaste abcès contenant du pus, crémeux, fluide, avec éléments nécrotiques, tout comme dans l'abcès intrathyroïdien : la poche de cet abcès englobe la carotide depuis le tronc brachio-céphalique jusqu'à sa bifurcation en carotide interne et externe.

Examen bactériologique du pus provenant de la ponction exploratrice. — Examen direct : bacilles très mobiles, à extrémités arrondies, ne prenant pas le Gram.

Cultures : sur gélatine, pellicule apparente s'étendant assez rapidement ; pas de liquéfaction de la gélatine ; sur agar, sur pomme de terre alcaline, culture caractéristique du bacille d'Eberth.

Réaction de Kitasato : pas de coloration rousse.

Inoculation au lapin : intrapéritonéale, mort en 30 heures. Dans le tissu cellulaire, abcès contenant le même microorganisme.

Les auteurs concluent à la nature eberthienne du pus.

Observation X

Sestini et Bacciochi. *Racoglitore medico*, 1891, p. 356-143, Obs. II

Femme, 16 ans, entrée le 9 septembre 1893, pour dothiénentérie ayant débuté le 1er septembre.

Goître ayant débuté à la fin de son enfance.

Evolution de la dothiénenterie assez normale jusqu'à la fin du deuxième septénaire ; mais alors la température augmente ; hémorragie intestinale grave : apparition d'exanthème toxique ; mort le 23 septembre dans le collapsus.

Au cours de sa maladie, la malade s'était plaint, vers le deuxième septénaire, de douleurs légères dans le lobe gauche de son goître, douleurs calmées momentanément par l'huile camphrée chaude, et qui ensuite reparurent ; il n'y avait ni douleur à la pression, ni augmentation de volume.

L'*autopsie* montre dans le lobe gauche du corps thyroïde un abcès à pus foncé mêlé de tissu nécrotique.

Examen bactériologique du pus. — Culture sur agar-agar, gélatine, pomme de terre alcaline, etc.: caractères analogues à ceux décrits dans l'observation précédente. Inoculation au lapin : intrapéritonéale, simple péritonite circonscrite ; sous-cutanée : abcès plus lent à se former, mais dont le pus contient lui aussi de l'Eberth.

Les auteurs concluent à la présence de bacilles d'Eberth dans le pus.

Observation XI

Hagman, Etiologie de la strumite, *Chirurgia*, en russe, 1898, n° 24

Femme âgée de 30 ans, entrée à l'hôpital pour gonflement du cou survenu depuis quelques jours, déterminant une dyspnée des plus intenses. Mauvais état général.

La malade présentait depuis neuf ans un *goître* développé progressivement et ayant atteint le volume du poing.

La maladie actuelle a débuté il y a trois semaines par de la fièvre : la tuméfaction du cou s'est développée rapidement ces deux ou trois derniers jours, gênant fortement la respiration.

A l'examen, on constate, à l'inspection, une tuméfaction divisée en deux lobes, droit et gauche, et occupant toute la partie antérieure du cou, s'étendant du sternum à l'os hyoïde et jusqu'au muscle trapèze. Son volume mesure 24 centimètres dans son diamètre transverse ; 20 dans le diamètre longitudinal. La peau est rouge ; les veines sont dilatées. Au palper, on note la chaleur de la peau, la consistance de la tumeur, une fluctuation nette ; la tumeur est mobile, non adhérente à la peau, mobile avec les mouvements de déglutition. Les gros vaisseaux et le sterno-cléido-mastoïdien sont refoulés en arrière : on sent les battements de la carotide entre la tumeur et le trapèze.

Temp. 39°, pouls 130. Premier bruit cardiaque sourd. Dyspnée très intense.

Anorexie, langue sale : ventre ballonné, gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Rate augmentée de volume. Céphalée, délire, insomnie, cauchemar.

On porte le diagnostic de strumite aiguë.

Le soir de son entrée à l'hôpital, la gêne respiratoire est si marquée qu'une intervention d'urgence s'impose; *incision* au niveau des deux lobes de la tumeur et issue d'un verre de liquide séro-sanguinolent ; drainage à la gaze iodoformée.

La gêne respiratoire diminue.

Le lendemain, on porte le diagnostic de fièvre typhoïde compliquée de strumite : la fièvre typhoïde évolue normalement, la malade passe dans une clinique médicale. A sa sortie, son goître est beaucoup plus petit qu'avant sa fièvre typhoïde ; il persiste au niveau des incisions deux petites fistules.

Examen bactériologique du pus. — Examen direct : bâtonnets.

Cultures sur agar, pomme de terre : culture typique d'Eberth. Pas de coagulation du lait. *Séro-réaction de Widal* positive.

Observation XII

Schudmak et Vlachos, *Wiener klin. Woch.*, 19 juillet 1900

Homme 30 ans, *goître* léger. Fièvre typhoïde classique. A la quatrième semaine, thyroïdite passant à la suppuration. *Ponction. Incision.*

Examen bactériologique. — Bacille ne prenant pas le Gram, mobile, ne coagulant pas le lait, ne faisant pas fermenter les milieux sucrés. Indol négatif.

Séro-réaction positive : agglutination en 15 à 20 minutes pour une dilution au 1/30 et 1/50.

Observation XIII

Bertarelli, *Giorn. Acad. di med. di Turino*, 1900, p. 881-885

Homme. Petit *goître*. Fièvre typhoïde. Thyroïdite au début de la convalescence. *Ponction.*

Examen bactériologique. — Bacille court, mobile, à extrémités arrondies, ne prenant pas le Gram, ne coagulant pas le lait, ne faisant pas fermenter les milieux sucrés, etc.

Séro-réaction positive au 1/30 et 1/40. Inoculation au cobaye mortelle.

Observation XIV

Chesnais, Observation personnelle de sa thèse : Thyroïdites à bacilles d'Eberth. Paris, 1902, n° 341, p. 44

Femme, 28 ans. Pas de goître antérieur. Dothiénentérie classique. Au déclin, thyroïdite suppurée. Ponction exploratrice. *Incision.*

Examen bactériologique :

1° Quelques rares cocci prenant le Gram.

2° Un bacille très mobile, ne liquéfiant pas la gélatine, ne coagulant pas le lait. Réaction d'indol négative.

Séro-réaction au 1/10 et au 1/20.

Observation XV

Niclot, *in* Coissard. Infection eberthienne et glande thyroïde (obs. XI). Thèse de Lyon, 1902-03, n° 82

Homme 22 ans. *Goître* antérieur. Thyroïdite précédée d'un léger embarras gastrique. *Incision.*

Examen bactériologique. — Bacille d'Eberth à l'état de pureté, présentant toutes ses réactions caractéristiques et notamment la *séro-réaction* au 1/10 et au 1/30.

Observation XVI

Roque et Bancel, *Bulletin Soc. méd. de Lyon*, 1903

Femme, âgée de 31 ans, entrée pour état général grave, à la 4e semaine de sa maladie : langue sale, rate volumineuse, tuphos, diarrhée, séro de Widal négatif.

Goître antérieur, médian et latéral, ayant subi au moment de ses grossesses quelques poussées congestives.

Après apyrexie, rechute, avec, au début, séro de Widal négatif : on pense à la granulie. Crise de colique avec ictère et enfin séro de Widal positif.

A la fin de cette rechute, nouvelle ascension de la température.

La malade attire l'attention sur son goître qui a grossi depuis une semaine. Elle se plaint de douleurs irradiées dans la tête et dans le cou, de gêne de la respiration et de la déglutition ; la peau est tendue. La ponction exploratrice ramène, une dizaine de jours après le début, du pus, et Jaboulay pratique l'*ablation* presque totale (par énucléation) du kyste suppuré : ce kyste renferme un pus verdâtre, lié, un peu fétide. La température tombe deux jours après. La suppuration persiste quelque temps.

Examen bactériologique du pus. — Quelques cocci, provenant de la prise non aseptique.

Culture en bouillon peptoné : en 24 heures, bacilles très mobiles, un peu courts, trapus, arrondis aux extrémités, ne prenant pas le Gram. Sur pomme de terre : vernis transparent, pas de liquéfaction de la gélatine ; pas de coagulation du lait ; culture jusqu'à 44 degrés. Le bacille ne fait pas virer le bouillon lactosé tournesolé.

Agglutination au 1/40 par un sérum de typhique, au 1/60 par l'Eberth type du laboratoire.

Observation XVII

Krause et Hartog, *Berlin. klin. Woch.*, 1903, p. 756

Homme de 23 ans, atteint de fièvre typhoïde (séro de Widal positif), taches rosées, forme grave avec phénomènes cérébraux et bronchite.

Au milieu du cou, tumeur de la grosseur d'une petite pomme, ferme et résistante, mobile avec la respiration et la déglutition, mobile sur les plans sous-jacents, indolore à la pression, sans modification de la peau. Cette tumeur existe depuis l'enfance, a augmenté pendant la croissance jusqu'aux dimensions actuelles, et n'a pas changé depuis les dernières années. Diagnostic : *goître colloïde*.

Vers la fin de la période de défervescence, sans élévation de température, la tumeur augmente de volume, devient douloureuse spontanément et à la pression ; des compresses froides calment la douleur, mais la tuméfaction persiste et se ramollit.

Nouvelle poussée inflammatoire ; douleur, augmentation de volume particulièrement du lobe droit ; rougeur de la peau, chaleur ;

fluctuation, symptômes de compression : sensation de tiraillement et dyspnée croissante.

Ponction exploratrice : Pus inodore, crémeux, brun jaunâtre. — *Petite incision* et drainage, un mois après le début de la maladie.

La guérison est complète au bout de 13 jours ; la grosse cavité de l'abcès a granulé ; le tracé de l'incision s'épidermise. La tumeur, de la dimension d'une petite pomme, a disparu ; on sent, sous la peau lisse, quelques indurations du volume d'un haricot.

Examen bactériologique. — Examen direct du pus : bacilles trapus, à extrémités arrondies.

Ensemencement sur plaque de sérum (Löffler) : le jour suivant, nombreuses colonies saillantes, grisâtres, rondes, légèrement confluentes. — Gram-Weigert avec recoloration à la fuchsine (carbolglycerin fuchsin) de Czapleuski : bacilles courts, ovales aux extrémités, groupés par deux, n'ayant pas pris le Gram, formant des lignes s'entre-croisant suivant le type coli ou typhique. Pas d'autres colonies, culture pure.

Préparation en goutte suspendue : culture mobile.

Culture de ces bacilles en bouillon d'agar : culture au bout de huit heures.

Sur agar sucré, le long de la ligne d'ensemencement, traînée assez épaisse, gris blanchâtre. Pas de formation de gaz.

Culture en bouillon : trouble égal, léger ; au fond, léger dépôt s'élevant en nuage et se répandant également dans le bouillon quand on secoue le tube.

Préparation en goutte suspendue : mêmes bacilles mobiles, un peu plus gros.

De toutes ces constatations (forme, mobilité, réaction de coloration, pullulation sur sérum sanguin, agar sucré et bouillon), on pouvait conclure qu'il s'agissait d'un bacille typhique. Pour être plus certain, on fit la *séro-réaction :* agglutination jusqu'au 1/6000.

Deux bacilles, provenant d'une rate d'un typhique et d'une rate de fœtus de 7 mois, dont la mère était morte d'une fièvre typhoïde, présentèrent des caractères analogues.

Inoculation intrapéritonéale à la souris grise avec 0 cc. 3 d'une culture en bouillon agar de 24 heures : mort en 24 heures ; dans le sang, nombreux bacilles. Inoculation intracrânienne à la souris grise de 0 cc. 5 de bouillon : inoculation faite avant midi ; mort la nuit suivante. Dans le sérum sanguin, culture pure de bacilles typhiques.

Observation XVIII

Baradouline, *Rousski Vratch*, 8 avril 1906

V. Z..., paysan, 36 ans, entré à la clinique le 24 janvier 1902, sorti le 21 février.

Antécédents héréditaires.— Famille en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rougeole et variole dans le jeune âge.

A l'âge de 7 ans, de chaque côté du cou, plutôt à droite qu'à gauche, immédiatement au-dessus des clavicules, apparaît un petit nodule de la dimension d'une grosse noix. Un an plus tard s'ajoutent du côté droit deux nouvelles nodosités, situées à côté de la première et de même grosseur. Ces nodules augmentèrent de volume : 10 ans après, ils avaient acquis une telle dimension que le malade ne pouvait boutonner le col de sa chemise et cette augmentation de volume fut progressive jusqu'à son entrée à l'hôpital en 1902.

Au commencement de janvier, courbature progressive : il rentre à l'hôpital dans un état comateux, il y reste 10 jours avec une température très élevée. Encore malade, il sort de l'hôpital, et c'est alors qu'il aperçoit le gonflement de sa tumeur droite au-dessus de la clavicule, qui est passée de la grosseur d'un œuf de poule aux dimensions actuelles.

Constitution et nutrition faibles : muscles et tissu adipeux peu développés. Respiration normale. Limites du cœur normales, mais bruits assourdis. Température dépassant, le soir, 38°. Globules rouges : 3,875,000. Teneur en hémoglobine, 55 %. Pas d'appétit, selles normales.

Sur le côté droit du cou on aperçoit une tuméfaction de la grosseur d'une tête de nouveau-né qui commence au-dessus de la clavicule, sans adhérence avec la peau, fluctuante, peu mobile. La trachée est pliée en forme d'arc de cercle vers la gauche. Sur le côté gauche du cou, on sent un gonflement très dense, non dépressible, de la dimension d'un œuf de poule.

La ponction de la tuméfaction droite montre un liquide suppuré d'une couleur brun-clair. Le 4 février, opération sous chloroforme.

Incision à droite, le long du sterno-cléido-mastoïdien, de la peau, du tissu cellulaire. Après incision de la glande thyroïde, on tombe sur une collection purulente qu'on incise. On recueille un demi-verre de liquide brun-foncé. La cavité est pansée à la gaze iodoformée.

La température tombe après l'opération de 38°2 à 36, et n'a pas dans la suite dépassé 37°. Pansements quotidiens avec changement des mèches de gaze.

La cavité de l'abcès se comble rapidement. Le malade sort de la clinique avant la cicatrisation complète de la plaie.

Examen bactériologique. — Examen direct : bâtonnets mesurant la moitié d'un globule rouge. Pas d'autres microorganisme. Gram négatif.

Cultures, sur gélatine et agar : sur agar, pousse en 12 heures ; sur gélatine, en 48 heures ; sur pomme de terre, pullulation nette du bacille typhique.

Séro-réaction de Widal : au bout de 20 minutes, diminution de mobilité des bâtonnets développés sur bouillons et agglutination avec la dilution au 1/30.

L'abcès du goître était donc bien dû au bacille typhique ; il s'était développé à la quatrième semaine de la fièvre typhoïde.

Observation XIX

Niclot. *in* Coissard. Infection eberthienne et glande thyroïde, observ. VI, Thèse Lyon, 1902-03, n° 82.

Jeune soldat. Thyroïdite suppurée à la convalescence d'une dothiénentérie classique. Incision.

Examen bactériologique. — L'examen direct ni les cultures n'ont révélé l'existence d'aucun microbe, l'inoculation au cobaye n'a pas produit de réaction.

Observation XX

Communiquée par M. H. Roger, interne-lauréat des hôpitaux de Montpellier (*Montpellier médical*, t. XXIV, 1907)

Eugénie P., âgée de 29 ans, entre à l'hôpital suburbain, salle Espérounier, n° 2, dans le service du professeur Grasset, le 2 sep-

tembre 1906, pour une *fièvre typhoïde*, dont le début remonte à huit jours environ.

Sa dothiénentérie évolue sous une forme grave qui, vers la fin de sa période de déclin, se complique de broncho-pneumonie avec grandes oscillations de température, délire et phénomènes de collapsus cardiaque. La malade entre en apyrexie le 1er octobre.

C'est alors, vers le début de sa convalescence, qu'elle remarque que son cou grossit légèrement, sans phénomène douloureux ni poussée inflammatoire d'aucune sorte.

Interrogée sur ses *antécédents*, elle ne relate aucune maladie antérieure, mais un passé génital chargé : réglée à 9 ans, elle a eu un avortement provoqué à 13 ans et demi, une grossesse normale à 15 ans ; depuis deux autres avortements et trois autres enfants. La malade est originaire de Bessèges (Gard), et il n'y a de goître ni dans sa famille, ni dans son pays. Elle a remarqué que, depuis 6 ans environ, elle avait « une petite grosseur » au cou ; celle-ci a augmenté très sensiblement il y a trois ans, lors de son avant-dernière grossesse, et est restée stationnaire depuis, faisant une saillie légèrement appréciable, mobile, avec les mouvements de déglutition.

Le 15 octobre, survient une poussée inflammatoire aiguë ; la la région thyroïdienne, déjà augmentée de volume depuis quelques jours, devient chaude, rouge, un peu douloureuse à la pression ; les mouvements de déglutition sont un peu gênés. On sent sur la partie antérieure du cou une tuméfaction dure, régulière, descendant jusqu'au sternum, s'étendant plus du côté gauche que du côté droit. Elle présente le 20 octobre les dimensions suivantes : 8 centimètres de haut, 18 de large ; le tour de cou est de 38 centimètres, alors qu'avant la maladie il n'était que de 34. Les contours de la tumeur sont assez mal délimités ; on ne sent pas le contour habituel du corps thyroïde. La voix est un peu assourdie, mais sans timbre bitonal. Aucune hyperthermie n'accompagne cette poussée inflammatoire ; le pouls est à 112 ; la tension artérielle mesure 14 au sphygmomanomètre Potain. Un pansement humide est appliqué ; sous l'influence de cette thérapeutique, les phénomènes inflammatoires diminuent au bout de quelques jours, sans disparaître complètement. La malade, malgré toutes nos recommandations, sort du service, tout en nous promettant de revenir fréquemment nous

voir. Le 29 octobre, nous la montrons au professeur Forgue, qui conseille contre l'empâtement persistant un traitement à l'IK, en application locale sous forme de pommade et à l'intérieur.

Le 11 novembre, la malade revient nous voir ; depuis deux jours elle souffre ; les phénomènes inflammatoires (chaleur, rougeur) ont reparu ; la tuméfaction, qui avait bien diminué, a de nouveau augmenté. La douleur assez violente s'irradie dans la nuque et jusque dans le sein droit. Nous trouvons un petit point ramolli.

Le 14 novembre, la malade a ses règles, qui étaient interrompues depuis le 23 août 1906, quelques jours avant le début de sa maladie : règles abondantes, non douloureuses, avec quelques caillots. La tumeur diminua alors de volume.

Le 19 novembre, le corps thyroïde a dans son ensemble, un volume moins considérable ; mais à la partie médiane et inférieure du cou, la peau est soulevée par une tuméfaction de la dimension d'une petite mandarine dont le contour se continue insensiblement avec la peau avoisinante.

En ce point, la peau est rouge, un peu ridée et parcheminée, desquamant par endroits. Ce point est le siège d'une fluctuation très nette et très superficielle ; la pression n'y détermine pas de douleur. Cette tuméfaction empiétant beaucoup sur le côté gauche nous paraît développée dans le lobe gauche du corps thyroïde.

Le reste de la glande est tuméfié, mais offre moins d'empâtement qu'auparavant : ses dimensions sont de 8 sur 10 ; le tour du cou, en un point passant par le centre de la collection purulente pointant sous la peau, mesure 38 centimètres. Il existe en même temps un peu de tuméfaction de la région sous-maxillaire droite, et on sent quelques ganglions, légèrement douloureux à la pression, en arrière de l'angle du maxillaire inférieur, et le long du trajet de la carotide, tant du côté droit que du côté gauche.

Le pouls est à 96. Pas d'exophtalmie.

Les signes de *suppuration* étant manifestes, et le pus pointant sous la peau, nous *incisons* le 19 novembre cette collection sous anesthésie locale au chlorure d'éthyle : l'incision n'est que de 2 à 3 centimètres tout à fait superficielle. Il n'y a que très peu de pus, quelques gouttes à peine, qui sont recueillies dans une pipette aseptique. Ce pus est jaune-verdâtre, fétide.

Le 12 novembre, lors du premier pansement, nous constatons à

travers les lèvres de l'incision, venant de la profondeur, deux petits bourgeons de la grosseur d'un pois, transparents, réductibles par la pression, donnant l'impression de deux vésicules thyroïdiennes colloïdes. Pas de suppuration.

Le 26 novembre, la malade est revue ; sa plaie opératoire est en bonne voie de cicatrisation, quoique la malade touche à tout moment son pansement ; la tuméfaction s'est affaissée.

Nous avons revu la malade le 15 janvier : sa cicatrice laisse suinter de temps en temps, dit-elle, quelques gouttes séro-purulentes ; la malade néglige le plus souvent de la protéger par un petit pansement. On sent une hypertrophie du corps thyroïde, de moyen volume, faisant une saillie légère sous la peau : le tracé de l'incision est un peu douloureux à la pression. Au dire de la malade, son goître est revenu à l'état où il se trouvait avant sa fièvre typhoïde.

L'examen du pus recueilli aseptiquement lors de la petite incision a été fait par M. Delanoë, préparateur de microbiologie. Le pus recueilli a été ensemencé dans du bouillon et divers milieux, et partout n'a pullulé qu'une seule variété de microbe, présentant les caractères suivants :

1° Examen direct : bacilles mobiles ;

2° Examen après coloration simple : bacille d'inégale longueur, mais uniformément colorés ;

3° Examen après le Gram : ne prend pas le Gram ;

4° Gélatine : culture bleuâtre par transparence, mince, bien étalée, à bords finement dentelées ;

5° Milieu Grimbert : ne rougit pas ;

6° Lait : ne coagule pas ;

7° Pomme de terre : culture blanchâtre, lisse, humide, se confondant avec la surface de la pomme de terre ;

8° Rouge neutre : pas de fluorescence. Pas de dégagement de gaz ;

9° Milieu de Drigalski-Conradi : colonies bleues.

10° Agar : aspect coli ou Eberth ;

11° Milieu d'Endo : colonies incolores ;

12° Indol : négatif ;

13° Limite de la température : pousse à 44° ;

14° Agglutination : agglutination très nette au 1/10.000me par le

sérum d'un cheval soumis à des injections répétées de bacilles d'Eberth, et servant aux expériences de M. le professeur Rodet. Non agglutinable par un sérum coli ;

15° Virulence : très virulent pour le cobaye, soit par la voie péritonéale (dose mortelle : 1/2 cc. pour un cobaye de 350 gr.), soit par la voie intraveineuse (dose mortelle : 1 cc. pour un cobaye de 350 gr.)

L'exaltation par la voie péritonéale s'est fait avec une rapidité considérable dans le début. Au bout de trois à six passages, cette exaltation s'est montrée moins fidèle et la dose mortelle minima atteinte n'a pu s'abaisser au-dessous de 1/8 cc. de sérosité péritonéale pour un cobaye de 500 grammes.

En somme, ce microbe présente tous les caractères du *bacille d'Eberth* et sert actuellement, comme Eberth type, dans les recherches et expériences du laboratoire de microbiologie.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE DE LA THYROÏDITE TYPHIQUE
SA NATURE EBERTHIENNE

Il est un point que nous avons laissé de côté, à dessein, dans notre étude générale sur la thyroïdite typhique : ce point, c'est celui de sa pathogénie, de sa nature bactériologique. Nous voulions, d'après les vingt observations que nous venons de résumer, en faire une étude plus approfondie. Aussi lui avons-nous consacré tout un chapitre.

Quelle est l'influence pathogénique de la fièvre typhoïde sur cette complication ? La question a paru un certain temps difficile à résoudre. S'agit-il de deux affections indépendantes, évoluant séparément et pour leur propre compte, l'une sur l'intestin, l'autre sur la glande thyroïde? Ou bien l'une est-elle sous la dépendance de l'autre ? la thyroïdite, sous la dépendance de l'infection typhique? Coïncidence ou relation de cause à effet ? telle était la question qu'on a pu se poser pendant longtemps. On avait même autrefois une certaine tendance à la résoudre en faveur de la pure coïncidence ; on croyait pendant longtemps que la fièvre typhoïde était une affection incapable

de produire la suppuration ; toute suppuration, au cours de la fièvre typhoïde, était considérée comme liée à une autre origine ; et, d'autre part, dans un organisme débilité par une longue maladie, le corps thyroïde, devenu à la convalescence en état de moindre résistance, n'était-il pas susceptible d'être atteint d'une inflammation banale, sans rapport avec la fièvre typhoïde ?

Dans son étude sur la thyroïdite typhique, Forgue disait déjà, en 1886 : « Il n'y faut voir qu'une localisation d'une maladie infectieuse, qu'une détermination locale de l'intoxication typhique. Quant à pénétrer plus avant le mode pathogénique de cette détermination thyroïdienne, ce serait faire œuvre imprudente et inutile ; y voir une décharge bactéridienne, un développement intrathyroïdien des bacilles d'Eberth ou de Klebs, ce serait se risquer à une hypothèse discutable. » Pour Kocher, « la strumite aiguë métastatique, dans les maladies infectieuses, s'explique assez aisément par le passage des microorganismes pathogènes (Faulniss'erregern) du canal intestinal dans le sang et par leur transport dans la glande thyroïde. » Dr Charvot disait encore en 1890 : « Si on veut creuser plus profondément le problème et fixer la pathogénie des goîtres aigus, apparaissant au cours de la fièvre typhoïde, on se trouve en face d'obscurités où l'histologie seule pourra faire le jour. Il faudrait, en effet, pour lever les doutes, que le microscope montrât dans la trame de la glande thyroïde enflammée, dans le pus issu de sa fonte purulente, le microbe typhique, le bacille d'Eberth ou de Klebs. »

Depuis cette époque, les études bactériologiques ont fait d'immenses progrès, et une nouvelle ère s'est levée pour l'étude de la pathogénie des thyroïdites typhiques.

On sait maintenant, à l'encontre de l'opinion ancienne,

que le bacille d'Eberth peut, tout comme un autre microbe, produire du pus ; cette notion du pouvoir pyogène du bacille d'Eberth a été expérimentalement établie par Colzi, Orloff, Michon, Gasser, Gilbert, Sanarelli, etc. En clinique, nombre de suppurations survenant après la fièvre typhoïde, relèvent du bacille d'Eberth : cholécystite (Gilbert et Girode, Chiari); orchite et épididymite (Tavel, Thiroloix, Girode) ; pleurésie (Weintrand) ; méningite (Kamen, Fernet, Vincent, Mensi et Carbone) ; péritonite enkystée (Fraenkel, Lehmann) ; ostéopériostite (Valentini, Colzi, Ebermaïer, Orloff, Achalme, Monisset, Dupraz, Barbacci, Melchior), etc.

D'autre part, on a étudié bactériologiquement le pus des thyroïdites typhiques. Les examens bactériologiques ne sont pas encore très nombreux, à peine vingt, ce sont ceux que nous avons réunis dans notre chapitre d'observations, mais ils suffisent cependant pour qu'on puisse se faire une opinion sur l'agent causal, l'agent pathogène de ces thyroïdites? S'agit-il d'une infection à bacille d'Eberth, d'une infection liée à l'agent même de la fièvre typhoïde? ou bien est-ce une infection secondaire, à microbe banal, à streptocoque ou à staphylocoque, comme cela a été observé pour maintes suppurations survenant au cours de la fièvre typhoïde, suppurations sous-cutanées, abcès du foie, de la rate, des reins ; parotidites, otites ou suppurations des séreuses?

C'est cette question que l'étude détaillée des vingt observations que nous avons réunies nous permettra de résoudre. Ces vingt observations ne concernent bien entendu que des thyroïdites suppurées : ce sont les seuls cas où l'on ait fait l'examen bactériologique. Mais il nous semble pouvoir étendre les conclusions qui résulteront de leur étude aux autres thyroïdites, aux thyroïdites non

suppurées, puisque ces deux formes ne sont que deux degrés de la même inflammation.

Ces vingt examens bactériologiques peuvent être classés en trois groupes :

1° Thyroïdites à pus stérile ;

2° Thyroïdites à bacille d'Eberth seul :

3° Thyroïdites à bacille d'Eberth associé à un autre microbe.

1° Thyroïdites a pus stérile.— *Un seul cas* : Le cas de Niclot (observ. XIX): malgré tous les ensemencements on ne peut isoler de microorganisme. N'est-ce pas à comparer avec certains abcès du foie ou certaines autres suppurations à pus stérile? Ce cas n'est pas cependant isolé dans l'histoire des suppurations thyroïdiennes ; Bolter a rapporté une thyroïdite métapneumonique sans microorganisme.

2° Thyroïdites a bacille d'Eberth seul. — *15 cas* : Ce sont les cas de Colzi (obs. I), Kümmer et Tavel (obs. II), Tavel (obs. V), Kocher (obs. VI), Dupraz (obs. VII), Sestini et Bacciochi (obs. IX et X), Hagman (obs. XI) Schudmak et Vlachos (obs. XII), Bertarelli (obs. XIII), Niclot (obs. XV). Roque et Bancel (obs. XVI). Krause et Hartog (obs. XVII), Baradouline (obs. XVIII), Roger (obs. XX). Nous pouvons bien, dans ce groupe des thyroïdites à bacille d'Eberth pur, comprendre l'observation XVI de Roque et Bancel, les cocci trouvés par les auteurs à côté du bacille d'Eberth étant très peu nombreux et attribués à la prise non aseptique du pus.

3° Thyroïdites a bacille d'Eberth associé avec un autre microorganisme.— *1 cas* : Outre le bacille d'Eberth on trouve :

a) Une bactérie banale : Chantemesse (obs. III).

b) Un staphylocoque blanc : Spirig (obs. IV).

c) Un bacille ovoïde non pathogène, disposé en grappe différant un peu du staphylocoque : Jeanselme (obs. VIII).

d) Un coccus indéterminé : Chesnais (obs. XIV).

De l'étude bactériologique détaillée de ces thyroïdites, il résulte donc que, le cas à pus stérile mis à part, on a trouvé dans toutes du bacille d'Eberth.

Peut-être d'aucuns trouveront cette conclusion un peu hâtive et nous objecteront que toutes les observations que nous avons réunies ne présentent pas la même valeur démonstrative à cet égard. Il est certain que Kocher (obs. VI) ne donne que peu de détails sur son microbe isolé, de même Chantemesse (obs. III). Sestini et Bacciochi (obs. IX et X), Kümmer et Tavel (obs. II), Tavel (obs. V), signalent bien dans les cultures l'absence de gaz sur agar, la réaction de l'indol négative, mais ils ne notent point d'autres réactions peut-être plus caractéristiques, et servant à différencier l'Eberth du coli-bacille. Mais la valeur de ces bactériologistes ne nous permet pas de douter de la nature eberthienne du pus qu'ils ont examiné et nous ne pensons pas qu'on puisse souscrire à l'assertion de Brünner qui attribue toutes les thyroïdites typhiques au coli-bacille.

Il est d'ailleurs, à côté des réactions de valeur plus ou moins douteuse destinées à différencier ces deux microbes si voisins, une réaction connue depuis assez peu de temps, et qui passe pour la seule caractéristique (Krause et Hartog), l'agglutination du bacille d'Eberth par du sérum de typhoïsant. Si donc un de ces bacilles extraits du pus de thyroïdite présente cette séro-réaction, c'est donc que ces thyroïdites sont bien dues au bacille d'Eberth.

Or, depuis 1898, depuis Hagman, cette séro-réaction a été systématiquement recherchée par tous les auteurs, toutes les fois qu'un bacille du genre typhique a été isolé d'une thyroïdite. Neuf fois la recherche a été faite et neuf fois elle a été positive : séro-réaction positive (Hagman : obs. XI) ; agglutination au 1/30 et au 1/50 (Schudmak et Vlachos : obs. XII) ; au 1/30 et au 1/40 (Bertarelli : obs. XIII) ; au 1/10 et au 1/20 (Chesnais : obs. XIV) ; au 1/10 1/30 (Niclot : obs. XV) ; au 1/10 et au 1/60 (Roque et Bancel : obs. XVI) ; au 1/6000 (Krause et Hartog : obs. XVII ; au 1/30 (Baradouline : obs. XVIII) ; au 1/10.000 (Roger : obs. XX). Pas mal de ces microbes ont été d'autre part identifiés avec le bacille d'Eberth type des laboratoires. Puisqu'on a trouvé un résultat positif, dans tous les cas où, depuis sa découverte, cette réaction, considérée jusqu'ici comme absolument caractéristique ait été faite, puisque dans ces neuf cas on a toujours trouvé du bacille d'Eberth, n'est-il pas permis de généraliser et d'admettre que le bacille d'Eberth est bien l'agent de la thyroïdite typhique.

Sans doute, le bacille d'Eberth n'a pas toujours été trouvé seul ; mais que sont ces quatre cas où l'on a trouvé un autre microbe à côté des 15 autres où il a été isolé seul ? Qu'est surtout la virulence de ces derniers par rapport à celle du bacille d'Eberth ? Spirig (obs. IV) attribue bien le rôle pyogène au staphylocoque qu'il constata à côté du bacille d'Eberth, mais cette assertion peut paraître hasardée ; elle n'est basée sur aucune inoculation de ce microbe au cobaye ou autre animal, et à cette époque on ignorait la propriété pyogène du bacille d'Eberth. Nous n'avons aucun renseignement sur la bactérie isolée par Chantemesse. Quant aux deux autres observations, elles accordent nettement le rôle prépondé-

rant au bacille d'Eberth : Jeanselme (obs. VIII) constate que le bacille d'Eberth inoculé produit seul du pus alors que son bacille ovoïde n'en produit pas ; et Chesnais (obs. XIV) ajoute peu d'importance aux cocci isolés qui sont en si petit nombre par rapport aux bacilles d'Eberth.

La thyroïdite typhique est donc bien due à la localisation sur la glande thyroïde de l'agent causal de la maladie, elle est due au bacille d'Eberth ; elle doit donc prendre place à côté d'autres complications d'origine eberthienne, telle que l'orchite, le cholécystite et l'ostéopériostite.

Quant à la voie de pénétration du bacille d'Eberth jusqu'au corps thyroïde, une seule voie nous paraît possible, la voie sanguine, comme l'a établi Tavel pour la plupart des thyroïdites.

CONCLUSIONS

I. — L'inflammation du corps thyroïde est une des plus rares complications de la fièvre typhoïde : elle survient au déclin de la maladie, ou plus souvent au début de la convalescence et chez les sujets déjà porteurs d'un goître.

II. — Elle est caractérisée par les signes locaux de l'inflammation, particulièrement par la tuméfaction de la totalité ou d'une partie du goître, et par la réascension de la température. Compliquée ou non de dyspnée ou de dysphagie, elle aboutit souvent à la suppuration, et nécessite une incision évacuatrice.

III. — Quant à sa pathogénie, l'examen bactériologique pratiqué dans vingt cas a permis d'établir sa nature eberthienne à peu près constante.

BIBLIOGRAPHIE

AUDUREAU. — Thyroïdite suppurée au cours de la fièvre typhoïde (Arch. méd. d'Angers, 1902, VI, 276-281).

BOLTER. — 44 Beobachtungen von Strumitis (Inaug. dissert. Zurich, 1905).

CHARVOT. — Goîtres sporadiques infectieux (Revue de chirurgie, 1890, p. 701).

CHESNAIS. — Thyroïdites à bacille d'Eberth (Th. Paris, 1901-02, n° 341).

COISSARD. — Infection eberthienne et glande thyroïde (Th. Lyon, 1902-03).

FORGUE. — Contribution à l'étude de la thyroïdite typhique (Arch. de méd. milit., 1886).

GRIESINGER. — Traité des maladies infectieuses.

HIRSCHEL. — Ueber Strumitis bei Typhus abdominalis (Inaug. diss. Heidelberg, 1901).

JEANSELME. — Thyroïdites et strumites infectieuses (Gazette des hôpitaux, fév. 1895).

KOCHER. — Zur Pathologie et Thérap. des Kropfes (Deutsche Zeitsch. für Chir., 1878).

LEBERT. — Krankheiten der Schildrüse (Breslau, 1862).

PINCHAUD. — Des thyroïdites dans la convalescence de la fièvre typhoïde (Th. Paris, 1881).

ROGER (Henri). — Thyroïdite suppurée à bacille d'Eberth (Soc. des sciences méd. Montpellier, 18 janvier 1907).

Roger (Henri). — Thyroïdite typhique suppurée à bacille d'Eberth (Montpellier Médical, tome XXIV, 1907).
Tavel. — Ueber Ætiologie des Strumitis (Bâle, 1892).

L'indication bibliographique des cas avec examen bactériologique a été donné avec chacun de ces cas au chapitre II (Observations).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 juillet 1907.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 juillet 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque!